

21 años sufriendo el drama del aborto en España.

El aborto destroza a la mujer y a su hijo.



Análisis feminista de las Víctimas: 21 años de drama oculto

1. Ante un embarazo inesperado o en dificultad, los centros de planificación familiar y de salud **simplemente** remiten a los centros para las IVE o abortos, y recomiendan esta intervención como la “mejor y única solución”.
2. **No** se explican las alternativas al aborto ni en los centros de planificación familiar, ni en los centros donde se realizan las IVE, incumpliendo el artículo 9 del **RD 2409/1986**, donde se indica que el profesional sanitario informará a los solicitantes “*de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarle*”. El hecho de que la realización del aborto sea el *modus vivendi* de los trabajadores de centros de IVE no significa que tengan derecho a privarles de información detallada a las mujeres que preguntan por una IVE. Esta falta de información acerca de la ayuda económica y social también se experimenta en los propios centros de salud y hospitales.
3. **AVA** presentó en diciembre de 2005 el informe: '**Interrupción voluntaria del embarazo en España: estudio piloto de factores motivacionales en la mujer**' tras contactar con más de 2.900 mujeres con antecedentes de IVE o aborto provocado en España. Sus conclusiones son claras y rotundas: el abandono psicológico o físico de la pareja, la presión o desconfianza con su familia, el miedo al juicio por su embarazo en soltería, la presión en su trabajo, por sus amigos o por el ginecólogo al detectar una malformación, la falta de información sobre otras alternativas y sobre las graves secuelas del aborto son los motivos por los que los adolescentes y jóvenes en España optan por abortar.
4. **En los centros privados o públicos de abortos no** se informa de las secuelas graves **psicológicas** que tiene la IVE en el consentimiento informado previo a toda IVE, que ha de seguir la **Ley 41/2002** en donde se exigen todo tipo de detalles (adjuntamos el listado de dichas secuelas y varios consentimientos informados).

En los centros privados o públicos de abortos no se informa con detalle de las secuelas **físicas** de la IVE en el consentimiento informado.

5. Es frecuente que haya **psicólogos** en vez de psiquiatras realizando el informe para acceder al primer supuesto de despenalización del aborto en los centros acreditados para la IVE, como el Centro Dátor de Madrid. Esto está explícitamente prohibido en el **RD 2409/1986** y condenado en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 del IX de 2001.
6. El psiquiatra que valora a la mujer antes de la IVE **no le hace ningún examen psicológico o psiquiátrico**: en unos cinco minutos firma un papel sin conocer a fondo la historia clínica de la embarazada. Además, al trabajar en la misma empresa que el centro de IVE, **su dictamen carece de la objetividad e independencia propias de la actividad médica**. La dignidad de las mujeres hace necesario que los dictámenes sean realizados por profesionales médicos ajenos al centro de IVE.
7. **No hay tiempo** para elegir en libertad el realizarse o no la IVE una vez llegada al centro de IVE; una vez dentro las mujeres son coaccionadas por la pareja o padres (si son **menores de edad**) para realizarse el aborto. Es necesario un **periodo de reflexión** de al menos 24 horas para que la mujer acuda a realizar la IVE tras haber considerado todas las opciones y sopesado las consecuencias adversas esta intervención.
8. Se cobra el dinero **por adelantado** a la intervención y sin documentación que atestigüe el pago (factura). Esta falta de garantía fiscal hace sospechar sobre la fiabilidad de las estadísticas del número de IVE anuales por miembros de la Sociedad de Contracepción Española y miembros del Ministerio de Sanidad actual y la propia Ana Pastor, ex Ministra de Sanidad. Según estas fuentes **son el doble los números reales de IVE** que se realizan en España.
9. **No** se les entrega un informe de alta completo ni una copia del consentimiento informado, sino sólo indicaciones someras para llevar a cabo en los 15 días posteriores a la IVE. Éstas son la toma de antibiótico y no mantener relaciones sexuales durante este periodo.
10. **No hay seguimiento** físico o psicológico post-aborto adecuado en el centro IVE o en el centro de salud. El trauma post-aborto, conocido científicamente, se vive en silencio y sin ayuda explícita de la sanidad pública.

El consentimiento informado en los centros públicos y privados de IVE

La información veraz es un derecho y un deber en el ejercicio médico, teniendo como referencia el artículo 20.1 de la **Constitución Española** de 1978. En el **Real Decreto 2409/1986**, de 21 de noviembre, **sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos par la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** o aborto, se expone que “*Los profesionales sanitarios habrán de informar a las solicitantes sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo*”.

No existe distinción entre profesionales de centros públicos o privados, puesto que ambos están sometidos a la ley y a la autoridad competente.

La **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, **básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, entró en vigor el mayo de 2003, completando la regulación existente en esta materia en la **Ley General de Sanidad (Ley 14/1986)**. En la **Ley 41/2002** se recogen con detalle las características que debe tener la información médica que recibe un paciente y los requisitos para el consentimiento informado (artículos 4 y 10). Según la misma, el consentimiento escrito de cualquier intervención, inclusive la (IVE) o aborto, ha de estar precedido de la siguiente información:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

Por lo tanto, vistas ambas normas reguladoras, el consentimiento es válido en la intervención médica o quirúrgica del aborto sólo cuando la mujer ha sido debidamente informada. Así se define el correcto consentimiento en el artículo 3 de la **Ley 41/2002**, al señalarse que es “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*”.

Es necesario, por tanto, que la mujer o la pareja que se acerca a los centros médicos donde puede realizársele el aborto o IVE reciba **información completa y actualizada** de todos los riesgos y complicaciones existentes en las intervenciones farmacológicas o quirúrgicas. De esta forma se cumplirá la legislación existente sobre el consentimiento informado del **RD 2409/1986** y la **L41/2002** y se estará respetando los derechos constitucionales de la mujer a una información veraz y a la protección de la salud (artículo 43 de la **Constitución**).

Como el **Tribunal Supremo** ha reiterado en sentencias recientes, *“siempre que se viola el deber de informar, con independencia del éxito del tratamiento, se incurre en la quiebra de un deber médico, indemnizable por daño moral”*, palabras del magistrado de la Sala Civil del mismo, **D. José Almagro Nosete** (Diario Médico, 28/10/2003). Este magistrado señala que la doctrina del **Tribunal Supremo** en este tema es que el consentimiento informado es un derecho del paciente y no cumplirlo equivale a *“una infracción de un deber profesional”* y que *“la falta de información se paga aunque el paciente no sufra daños”*.

En la ponencia de **Almagro** de la sentencia del 8-IX-2003 se explicó la condena a un médico por falta de información al paciente y correcta técnica ya que *“lo antijurídico es la privación del derecho del paciente a obtener una información esclarecedora previa al consentimiento”* (Diario Médico, 23/09/2003).

Existen numerosas **investigaciones científicas** en el campo de las consecuencias relevantes y riesgos del aborto provocado realizado en un sistema sanitario debidamente equipado y por profesionales de la medicina. Tras una exhaustiva consulta en las bases bibliográficas internacionales, asociadas médicos de **AVA** resumen a continuación una selección de los mejores trabajos científicos de los últimos años.

Consecuencias, efectos secundarios o secuelas del aborto provocado o interrupción del embarazo en la salud de la mujer

Asociación de Víctimas del Aborto (AVA)

<http://www.vozvictimas.org>

Revisión actualizada a fecha de julio de 2006 por el Comité Científico de AVA, desde la Base de Datos de publicaciones médicas PubMed y Medline

1. **El índice de muerte materna vinculado al aborto es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto en la población de mujeres de Finlandia entre los 15 y los 49 años de edad.** Investigación realizada en el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia, que concluyó que *el embarazo contribuye a la salud de las mujeres* (Autores: Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. *Revista: American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004, 190:422-427).
2. **Las mujeres que se habían practicado abortos tuvieron un índice de mortalidad casi doble a las controles en los siguientes 2 años**, persistiendo el índice de muerte incrementado elevado durante por lo menos 8 años. (Autores: Reardon DC, Ney PG, Scheuren F, Cogle J, Coleman PK, Strahan TW. *Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. Revista: Southern Medical Journal* 2002, 95:834-41).
3. **Mortalidad de 1,1/100.000 mujeres que abortaron a las 12 semanas de gestación**, investigación realizada por el Departamento de Ginecología y Obstetricia y Biología de la Reproducción de la Universidad de Paris (Rev Prat. 1995, 45:2361-9).
4. Aparición de **muertes sépticas** en las usuarias de la **RU-486** debido a que su mecanismo de acción favorece las infecciones por gérmenes especialmente peligrosos. Recientemente publicado por el Dr. R. Miech de la Brown Medical School de Rode Island, EEUU, en julio (*Annals of Pharmacotherapy* 2005) y por el equipo del Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU (*New England Journal of Medicine* 2005, 353:2352-60).
5. **Perforación asociada al aborto provocado hasta un 1,2% de los casos.** Realizado por el mismo grupo francés del punto 3 (Rev Prat. 1995, 45:2361-9).
6. **Trombosis de la vena ovárica con presentación atípica**, de Washington University/Barnes-Jewish Hospital, St. Louis, Missouri, EEUU (*Obstet Gynecol.* 2000, 96:828-30).
7. El aborto provocado o espontáneo **no** produce cáncer de mama según los mejores estudios hasta la fecha, pero está claro que la decisión de retrasar el

embarazo **tiene consecuentemente una pérdida de la protección que aporta éste, con un riesgo neto mayor aumentado**, investigación de la University of North Carolina, EEUU (Lancet 2004, 363: 1007; Obstet Gynecol Survey 2003, 58:67-79. Review).

8. **El aborto provocado por aspiración produce un riesgo aumentado de pérdida del hijo en el siguiente embarazo**, resultados de Shangai Institute of Planned Parenthood Research, China (International Journal of Epidemiology 2003, 32:449-54).

9. **Tras un aborto provocado (curetaje), el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo y parto prematuro**, con posible aborto espontáneo, **se presentó en 3 mujeres de cada 4 con historia de aborto**, OR 2,9, (95% IC 1,0-8,5), resultados del Fred Hutchinson Cancer Research Center, Division of Public Health Sciences, Seattle, WA, EEUU (International Journal Gynaecol Obstet. 2003, 81:191-8). Esto se había probado ya anteriormente en un estudio de la Universidad de Medicina de New Jersey OR 1,7 (95% IC 1,0-2,9) (American Journal J Obstet Gynecol. 1997, 177:1071-1078).

10. En este sentido, las mujeres con antecedente de aborto provocado tuvieron un riesgo **mayor** de presentar un recién nacido altamente prematuro que aquéllas sin este antecedente (**3 de cada 5 mujeres con historia de aborto provocado presentaron parto gravemente prematuro; OR + 1.5, 95% CI 1.1-2.0**) (Bjog. 2005, 112:430-437).

11. Un aborto previo, provocado o espontáneo, se ha demostrado que **no protege frente a la preeclampsia y la hipertensión gestacional en el siguiente embarazo**; sin embargo, un nacimiento a término previo sí que protege frente a estas graves situaciones clínicas en el siguiente embarazo a la mujer (OR 0.41, 95% CI 0.38-0.44). Estudio cohorte del Dr. Xiong y colegas de la Universidad de Montreal, Québec, Canadá, en colaboración con la Universidad de Tulane, New Orleans, EEUU (Journal of Reproductive Medicine 2004, 11:899-907).

12. **Sánchez Durán** en un estudio revisión español publicado en la revista JANO en el 2000 (número 1349) resume las principales complicaciones de las que hay que informar a las mujeres en la interrupción voluntaria del embarazo de primer trimestre. Las **complicaciones inmediatas son desgarros cervicales, perforación uterina, sangrado y persistencia de restos del embrión** dentro del útero. Las **complicaciones tardías son las adherencias o sinequias uterinas, las cicatrices e incompetencia cervical, que producen parto prematuro y riesgo de pérdida aumentada del siguiente hijo**.

13. **El aborto provocado aumenta los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo** (depresión y autolesión), enmarcadas en el síndrome post-aborto, un estudio de University of North Carolina, EEUU (Obstet Gynecol Survey 2003, 58:67-79).

14. Las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un **síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad** que las que han llevado adelante su embarazo no deseado. Resultados de Jesse R. Coughle y colaboradores, publicado en Journal of Anxiety Disorders 2005, 19:137-142.

15. **Las mujeres que habían abortado presentaban malestar psicológico hasta cinco años después** de la interrupción, siendo los efectos de evitación, pesar, angustia y ansiedad mayores en el caso de **abortos provocados** que en los espontáneos. Es un estudio reciente de A.N. Broen y col., de la Universidad de Oslo, en Noruega (BMC Med. 2005, 3:18).

16. El aborto provocado por **malformación fetal** tiene secuelas igual de graves que la pérdida de un hijo sano, y la interrupción voluntaria del embarazo en este supuesto causa **aislamiento social y depresión**. Son los resultados de un estudio noruego y otro alemán del Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Ultrasound Obstet Gynecol. 1997, 9:80-85; Zentralbl Gynakol. 2001, 123:37-41).

17. Se han descrito **graves alteraciones en las relaciones sexuales y en el deseo sexual** de numerosas mujeres que abortaron voluntariamente en estudios de la Universidad de Ginebra, en Polonia y en China (Gynecol Obstet Invest. 2002, 53:48-53; Pieleg Polozna. 1988, 5:7-9 contd; European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biology 2005). En la reciente investigación de la Universidad de China de Hong Kong, se ha detectado que aproximadamente **un tercio** de las mujeres del estudio que han abortado provocadamente sufre a corto plazo una inhibición y un deterioro en su deseo y placer sexual. Además, un 17% de mujeres se veían **mucho menos atractivas** tras la interrupción del embarazo.

18. El equipo de Priscilla K. Coleman del Human Development and Family Studies, de la Bowling Green State University, EEUU, ha demostrado que las mujeres con historia de un aborto, espontáneo o provocado, tenían un **99%** más de probabilidad de **ejercer abuso físico sobre sus hijos** que las que no habían tenido abortos; si eran varios abortos, el riesgo incrementado era del 189%. Cuando el aborto era provocado, las mujeres tenían un **144%** de mayor riesgo de abuso físico sobre sus hijos (Acta Paediatrica 2005, 94).

19. El equipo de investigación anterior ha demostrado que se presentan en la gran mayoría de las mujeres tras el aborto **graves alteraciones en el sueño**, sobre todo en los 180 días tras el aborto provocado y que éste se reducía tres años tras el aborto provocado (Sleep, 2005).

20. De nuevo este equipo de P. K. Coleman encontró asociado en las mujeres que han abortado provocadamente **un alto riesgo de consumo de drogas de abuso de diversos tipos** (British Journal of Health Psychology 2005, 10, 255–268). Este hallazgo no se presentaba en las mujeres cuyos abortos eran espontáneos.

EJEMPLOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS INCOMPLETOS EMPLEADOS EN CENTROS DE IVE EN ESPAÑA

- CENTRO ISADORA**
- GINEMÉDEX**
- GINETEC**
- E.M.E.C.E.**



ISADORA

AUTORIZACIÓN CLINICA ISADORA

D^a.....

DOMICILIO

EDAD D.N.I.....

Acude a la Clínica en demanda de I.V.E., según la legislación vigente.

RECONOCE:

Haber sido informada de las características de la intervención, del tipo de anestesia a utilizar, de las posibles complicaciones que pueden derivarse de la misma (que ya le han sido explicadas), tales como:

- perforación uterina por dilatación del cuello.
- desgarro del cuello uterino.
- hemorragias post-I.V.E.
- alteración de la coagulación sanguínea
- Hematometra (acúmulo de sangre en útero)
- etc.

ASUME:

Las actuaciones que puedan ser necesarias, como:

- hemotransfusión
- alargamiento del tiempo de estancia en la clínica, y/o
- necesidad de una nueva intervención, bien con método diagnóstico (laparotomía), bien con método terapéutico (histerectomía) y/o
- necesidad de traslado a un centro hospitalario del SER + MAS.
- acudir a su Centro Hospitalario de referencia en caso de que, días después de la I.V.E., se le presente algún problema.

Fecha..... Firma



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LEGRADO EVACUADOR POR I.V.E.**

Doña:.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos de la paciente)
con domicilio en.....D.N.I.
n°:.....

Don/Doña:.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en.....D.N.I.
n°:.....
En calidad de:
Representante legal, familiar o allegado
de:.....
(Nombre y dos apellidos de la paciente)

DECLARO Que el Doctor

Don:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)
Me ha explicado que se puede proceder, en mi situación a un: LEGRADO EVACUADOR PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

1. El principal pronóstico del legrado evacuador es limpiar la cavidad endometrial de restos ovulares. A veces puede ser necesario un segundo legrado para completar esta evacuación.
2. El legrado evacuador precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia. Local o general.
3. El legrado evacuador sólo se puede practicar por vía vaginal. La intervención consiste en dilatar el cuello uterino, algunas veces, y extracción de restos ovulares con pinzas de Winter o Finks y legras romas y cortantes, o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocae previamente a la evacuación tallos de laminaria para lograr dilatación cervical progresiva junto con la aplicación de goteo intravenoso de oxitocina, y/o la administración de prostaglandinas.
4. Toda intervención quirúrgica, tanto por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos,

así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones del legrado evacuador, por orden de frecuencia, pueden ser:

- a) Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c) Perforación del útero.
- d) Persistencia de restos.

Por mi situación actual el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones

como:.....

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

7. En caso de fenómeno anormal o metrorragia muy abundante se me facilita un teléfono de contacto y la indicación de acudir a un centro de urgencia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones.

CONSIENTO

que se me realice un LEGRADO EVACUADOR

en.....


(lugar y fecha)

Fdo.: EL
MEDICO

Fdo.:
REPRESENTANTE

Fdo.: LA
PACIENTE

:: CLINICA GINETEC :: Avda. General Marvá, 10 :: 03004 Alicante (España) :: Tel: 96 514 08
35 :: Fax: 96 521 53 93 :: Espacio Creado por [El laborator](http://ElLaboratori.com) ::


AGrupación de CLíNICAS
GINETEC GINEMEDEX E.M.E.C.E.

PÁGINA PRINCIPAL **ACTIVIDADES MÉDICAS** **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA** **INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABORTO LEGAL FARMACOLÓGICO

(Contraindicaciones relativas: fumadora, mayor de 35 años de edad, patología respiratoria, y cardio circulatoria)

Doña:.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos de la paciente)
con domicilio en.....D.N.I. n°:.....

Don/Doña:.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en.....D.N.I. n°:.....

En calidad de:
Representante legal, familiar o allegado de:.....
(Nombre y dos apellidos de la paciente)

DECLARO Que el Doctor Don:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)
Me ha explicado que se puede proceder, en mi situación a un: **ABORTO FARMACOLÓGICO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO.**

En embarazo menor a 49 días de amenorrea, el método farmacológico es una toma de 3 comprimidos de MIFEGYNE (RU 486) en presencia del facultativo; a continuación puede la paciente marchar a su domicilio y obligatoriamente regresar al Centro o Clínica en las 36-48 horas tras la toma, para la administración de un análogo de prostaglandina en comprimidos por vía oral o vaginal. Deberá a continuación permanecer en el Centro durante tres horas aproximadamente. De nuevo y obligatoriamente regresará al Centro o Clínica a los 10 o 14 días de la toma de MIFEGYNE para control de la expulsión completa. En las 24 horas que siguen a la toma de MIFEGYNE se suele iniciar el sangrado, que en aproximadamente 3% de los casos produce la evacuación uterina antes de la administración del análogo de prostaglandina. Pero ello no exime de acudir al Centro o Clínica en el plazo indicado de 36-48 horas. El método puede fracasar en el 1,3% a 7,50% de los casos según los estudios clínicos, y manifestarse como embarazo que sigue en evolución (0 a 1,5% de los casos), expulsión incompleta (1,3% a 4,6% de los casos) o metrorragia abundante que requiere procedimiento hemostático endouterino (0 a

1,4% de los casos). Total fallos 15%. La RU 486 podría ser teratógena, es decir que puede causar malformaciones fetales, si continúa el embarazo. En caso de fallo, se me propondrán las medidas adecuadas (legrado evacuador). Se acompaña de metrorragias que frecuentemente pueden ser prolongadas (hasta 12 días después de la toma MIFEGYNE) y abundantes en el 5% de los casos. Estas no son pruebas absolutas de la expulsión completa del contenido uterino por lo que deberá ser verificado en la Consulta de Control de los 10 a 14 días, en la que se controlará también la desaparición de las metrorragias. Las otras complicaciones del método más frecuentes pueden ser:

a) Aparato genital: Contecciones uterinas frecuentes tras el análogo de prostaglandina (10% a 45% de los casos). Pueden aliviarse con analgésicos pero nunca con aspirina ni antiinflamatorios no esteroideos.

b) Aparato digestivo: Dolores abdominales leves o de moderada intensidad. Náuseas y vómitos. Diarrea a veces tras el análogo de prostaglandina.

c) Otros: En raros casos se ha descrito erupción cutánea, urticaria, hipotensión (0,25% de los casos), y en algún caso aislado: eritrodermia, eritema nodoso, necrosis epidérmica, cefalea, manifestaciones vagales (sofocos, vértigos, escalofríos) e hipertermia. Por mi situación actual el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones

como:.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones.

CONSENTO

que se me realice un ABORTO LEGAL FARMACOLÓGICO

en.....

(lugar y fecha)

Fdo.: EL
MEDICO

Fdo.:
REPRESENTANTE

Fdo.: LA
PACIENTE

:: CLINICA GINETEC :: Avda. General Marvá, 10 :: 03004 Alicante (España) :: Tel: 96 514 08
35 :: Fax: 96 521 53 93 :: Espacio Creado por [El laborator](#) ::